高雄醫學大學附設中和紀念醫院 檢驗醫學部 高雄市三民區自由一路100號

Tel: 07-3121101#7260

委託病理切片申請書

本人	(身份證字號	民國	年	月	日生) 目前
 在					
,委託高雄醫	醫學大學附設中和紀念醫院病	理部進行病理	型切片()	丙歷 號碼	· ,病
理編號:)				
此致	醫院 病理部				
		病人或代理	人:		(簽名)
		(代理 <i>)</i>	、與 <i>兩丿</i>	之關係	(簽名) :)
	中華民	國 年			 ,
檢體需求:1.組	l織空白切片每片20μm共8片,分裝				
	H&E 切片一片				
病理組織在高	醫病理部:				
請填寫1.委託》	病理切片申請書2.標靶基因檢測申i	清單(病理編號務	必填寫)	3.基因突變	夢分析檢測病
人同意書。					
	案件:請直接將上述表單送至高醫院				
外院病人:請將	务上述表單郵寄至高雄市三民區自 1	由一路100號病理	!部		
電話:07-31211					
病理組織在外	院病理科:				
請填寫1.病理學	切片請求書暨借閱單 2.標靶基因檢	測申請單(病理編	號務必均	真寫), 3. 砉	甚因突變分析
檢測病人同意	書。				
高醫本院病人	案件:將上述表單,直接送至高醫病	可理部由病理部常	忙對外	調片。	
外院病人:請填	真寫1.標靶基因檢測申請單(病理編	號務必填寫) 2.基	因突變分	} 析檢測症	引人同意書,連
同組織空白切	片及H&E 切片一片備妥, 送至高点	惟市三民區自由-	-路100號	虎啟川大樓	11樓檢驗醫學
部基因診斷實	驗室 電話:07-3121101 # 7259, 7260)			